

What are Dental Sealants?

Dental sealants are a thin coating applied to the top of the back teeth (molars), which is where most cavities in children occur. In addition to protecting teeth from cavities, sealants can help stop minor cavities from growing. After sealants are applied, they protect against 80% of cavities.

What dental services are provided at school?

- Exam: Visual dental exam performed
- Fluoride: Students will have fluoride varnish applied.
- Sealants: Sealants provided for students who need them after exam.
- Oral Health Instructions (OHI): Presentation done at a separate time to educate children on proper brushing techniques, importance of food choices, and tooth development



Who will be seen for these services?

- All students are eligible to be seen by the Dental Sealant Program
- There are no income or other eligibility requirements

How will the program work during school hours?

- Participating students will visit a designated area, for a visual oral assessment performed by a dentist. Tooth brushing instructions, Sealants and a Fluoride treatment will be provided to all designated students who require sealants. They will be out of class for the shortest amount of time possible. All treatment and findings will be reported to the parent/guardian. Kids will return to class right after Sealants.

Will there be a cost for this dental service?

- There is no out of pocket cost to the families or the schools
- If a child has insurance, the insurance may be billed, however, there is no co-pay or deductible

How can a child sign up?

- Parents/guardians will need to fill out a consent form for their child to be seen at school (consent forms will be printed and given to teachers)
- Forms should be returned to teachers or front office staff as soon as possible.

What do parents need to do?

- Fill out the consent form and return it to child's teacher. Sealant dates will be announced by staff.

Dental Sealant Program Information and Consent

We are excited to inform you about the upcoming Sealant Program at your child's school. This program aims to promote dental health among students.

During the school visit, a CHC dentist or hygienist will perform:

- *Screening:* A visual examination of your child's mouth to identify any cavities, infections, and/or broken teeth. They will also identify if any molars need to have sealants placed.
- *Fluoride:* A varnish which helps prevent cavities and protect teeth.
- *Sealants:* A protective coating applied to molar teeth to prevent cavities.

Benefits of the Program:

- Convenience – this program will take place during school hours.
- Your child will receive a dental report card summarizing the findings from the screening.
- No out-of-pocket cost to your family.

Attached you will find the consent form for the Sealant Program. Please fill it out and return it as soon as possible to your child's teacher.

Información y consentimiento para el programa de selladores dentales

Nos entusiasma informarle sobre el próximo programa de selladores en la escuela de su hijo(a). Este programa busca promover la salud dental entre los estudiantes.

Durante la visita a la escuela, un dentista o higienista dental de CHC hará:

- *Revisiones:* Un examen visual de la boca de su hijo(a) para identificar caries, infecciones y dientes rotos. También identificará si hay molares que necesiten selladores.
- *Aplicación de fluoruro:* Un barniz que ayuda a prevenir caries y protege a los dientes.
- *Aplicación de selladores:* Un revestimiento protector que se aplica a los molares para prevenir caries.

Beneficios del programa:

- *Conveniencia:* este programa se llevará a cabo durante el horario escolar.
- Su hijo(a) recibirá una tarjeta de informe dental donde se resumirán las conclusiones de la revisión.
- No tendrá costo para su familia.

Adjuntamos el formulario de consentimiento para el programa de selladores. Por favor contéstelo y devuélvalo lo antes posible al maestro de su hijo(a).



Dental Sealant & Screening Consent Form In School

Teacher: _____ School: _____

Dear Parent/Guardian:

Community Health Center of Snohomish County will be offering dental screenings, sealants and fluoride at your child's school at no cost to you. A dentist will examine your child's teeth and determine which teeth need to be sealed. Sealants and fluoride help prevent cavities and are recommended by the American Dental Association.

Consent for: Screening and Sealants Fluoride Varnish

Name of Child: _____

Child's date of birth: ___/___/___ Age: _____ Gender: Male Female Non-binary

Address: _____ City: _____ Zip Code: _____

Phone #: _____

Does your child have any allergies? NO YES

If yes, please list: _____

By my signature, I give permission for my child to receive the treatment checked above:

Parent/Guardian Name: _____

Signature: _____

All children are eligible. Service is at no cost to your family.

Please provide the following information. Insurance will be billed if applicable, but no charges will be extended to any families.

Washington Apple Health: Please list your child's Provider One number or your child's SSN.

_____ WA.

Private dental insurance (Ex: Delta, BlueCross):

ID# _____ Group # _____

Uninsured

Please contact your school nurse with any questions regarding your child receiving dental services at school.

I understand that under the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), I have rights to privacy regarding my protected health information (dental & health records). I understand CHC of Snohomish County may contact me about appointment reminders, treatment options, test results or other health related benefits and services via phone call, text message, email, or voicemail. I hereby acknowledge I have access to CHC's Notice of Privacy Practices before signing the consent at any time by contacting: Community Health Center of Snohomish County, 8609 Evergreen Way, Everett, WA 98208, or phone (425) 789-3700 or by going to our website at: www.chcsno.org.



Formulario de consentimiento de selladores dentales y examen En la escuela

Maestro(a): _____ Escuela: _____

Estimado(a) padre/madre/tutor:

Community Health Center of Snohomish County ofrecerá exámenes dentales, selladores y fluoruro en la escuela de su hijo(a) sin costo para usted. Un dentista examinará los dientes de su hijo(a) y determinará cuáles dientes necesitan sellador. Los selladores y el fluoruro ayudan a prevenir las caries y son recomendados por la Asociación Dental Estadounidense.

Consentimiento para: Examen y selladores Barniz de fluoruro

Nombre del niño o la niña: _____

Fecha de nacimiento del niño o la niña: ____/____/____ Edad: _____
Género: Masculino Femenino No binario

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____

¿Su hijo(a) tiene alguna alergia? NO SÍ

Si contestó que sí, descríbalas: _____

Con mi firma otorgo mi permiso para que mi hijo(a) reciba el tratamiento arriba descrito:

Nombre del padre, la madre o el tutor: _____

Firma: _____

Todos los niños son elegibles. El servicio no tiene costo para su familia.

Por favor proporcione la siguiente información. Se facturará a las compañías de seguros cuando corresponda, pero no se harán cobros a ninguna familia.

Washington Apple Health: Escriba el número de ProviderOne o el número de Seguro Social de su hijo(a).

_____ WA.

Seguro dental privado (por ejemplo: Delta, BlueCross):
N.º de ID _____ N.º de grupo _____

Sin seguro

Consulte al enfermero de su escuela si tiene alguna pregunta sobre los servicios dentales prestados a su hijo(a) en la escuela.

Entiendo que, según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), tengo derecho a la privacidad con respecto a mi información médica protegida (registros médicos y odontológicos). Entiendo que CHC del condado de Snohomish puede comunicarse conmigo sobre recordatorios de citas, opciones de tratamiento, resultados de pruebas u otros beneficios y servicios relacionados con la salud a través de una llamada telefónica, mensaje de texto, correo electrónico o correo de voz. Por la presente reconozco que tengo acceso al **Aviso de prácticas de privacidad de CHC antes de firmar el consentimiento en cualquier momento comunicándome con: Community Health Center of Snohomish County, 8609 Evergreen Way, Everett, WA 98208, o por teléfono (425) 789-3700, o visitando nuestro sitio web en www.chcsno.org**

Форма согласия на проведение стоматологического осмотра и герметизации зубов в школе

Учитель: _____ Школа: _____

Уважаемый родитель/опекун!

Общественный центр здравоохранения округа Снохомиш будет предлагать стоматологический осмотр, покрытие зубным герметиком и фторсодержащим покрытием в школе, где учится ваш ребенок, бесплатно для вас. Стоматолог осмотрит зубы вашего ребенка и примет решение о том, на какие зубы необходимо нанести герметик. Герметики и фторсодержащее покрытие помогают предотвратить кариес и рекомендованы Американской ассоциацией стоматологов.

Форма согласия на: Осмотр и установку зубных герметиков
 Нанесение фторсодержащего покрытия

Полное имя ребенка: _____

Дата рождения ребёнка: ____/____/____ Возраст: _____ Пол: Мужской Женский Небинарный

Дом, улица: _____ Город: _____ Индекс: _____

Номер телефона: _____
У вашего ребенка есть аллергия? НЕТ ДА

Если «Да», перечислите на что: _____

Ставя свою подпись, я даю разрешение на проведение в отношении моего ребенка вышеуказанной процедуры:

Имя родителя/опекуна: _____

Подпись: _____

Все дети могут принять участие в программе. Предоставляется вашей семье бесплатно.

Пожалуйста, предоставьте нам следующую информацию. Если применимо, будет выставлен счет страховой компании, но семьям счета выставляться не будут.

Программа Washington Apple Health: Укажите номер, написанный на карте основного поставщика медицинских услуг вашего ребенка (Provider One number), или номер социального обеспечения вашего ребенка (SSN).

_____ WA.

Программа частного страхования стоматологической помощи (например: Delta, BlueCross):
Идентификационный номер _____ Группа № _____

Нет страховки

Пожалуйста, обращайтесь к школьной медсестре с любыми вопросами, касающимися получения вашим ребенком стоматологических услуг в школе.

Я понимаю, что в соответствии с Актом (законом) о мобильности и подотчетности медицинского страхования (HIPAA) я имею право на конфиденциальность в отношении моей защищенной медицинской информации (стоматологических и медицинских карт). Я понимаю, что CHC округа Снохомиш может связаться со мной по поводу напоминаний о приеме, результатов анализов, вариантов лечения или других льгот и услуг, связанных со здоровьем, посредством телефонного звонка, текстового сообщения, электронной или голосовой почты. Настоящим я подтверждаю, что я могу ознакомиться с Уведомлением о практике конфиденциальности CHC до подписания согласия в любое время, связавшись с: Community Health Center of Snohomish County, 8609 Evergreen Way, Everett, WA 98208, позвонив по телефону (425) 789-3700 или посетив наш вебсайт: www.chcsno.org